46e Année. — N° 6. Vendredi 10 Février 1899.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Otologie : De l'utilité de l'intervention chirurgicale dans la paralysie faciale d'origine auriculaire, p. 81. — **Bibliographie** : Chirurgie des voies urinaires, p. 83. — Pour nos enfants ; conseils d'hygiène physique et morale, p. 83. — **Académie des sciences** : *Séance du 30 janvier. — Présidence de M. Van Tieghem.* — Sur la transparence des corps opaques pour les radiations lumineuses de grande longueur d'onde, p. 83. — L'exploration clinique des fonctions réuales et la glycosurie phloridzique, p. 84. — L'élasticité des organes et leurs changements dans le bain turc étudiés par la phonendoscopie, p. 85. — **Académie de médecine** : *Séance du 7 février* 1899. — *Présidence de M. Panas*, p. 86. — La puériculture intra et extra utérine par l'assistance scientifique et matérielle à domicile, p. 86. — Traitement de l'appendicite, p. 86. — L'alcoolisme chez les femmes en Normandie, p. 87. — **Société médicale des Hopitaux** : *Séance du 3 février* 1899. — *Présidence de M. Raymond.* — Pleurésie putride, p. 87. — Abcès gangréneux multiples du poumon, p. 88. — Polyurie et polydipsie chez un enfant, p. 88. — Spasmes du larynx nécessitant l'intubation prolongée, p. 88. — **Société médicale du VIe arrondissement** : *Séance du 26 décembre* 1899. — *Présidence de M. Valude*, p. 88. — Trachéotomie d'urgence chez un syphilitique, p. 88. — **Société de médecine et de chirurgie pratiques** : *Présidence de M. Verchère* p. 89. — **Intérêts professionnels** : L'association générale et la nouvelle loi sur les Sociétés de secours mutuels, p. 90 — **Jurisprudence médicale** : La responsabilité des chirurgiens, p. 92. — **Variétés** : Le banquet Verchère, p. 93. — **Nouvelles**. — **Bulletin Bibliographique**, p. 94.

OTOLOGIE

De l'utilité de l'intervention chirurgicale dans la paralysie faciale d'origine auriculaire.

Par le Dr F. Mounier

Les paralysies faciales, d'origine purement auriculaire, sont beaucoup plus fréquentes qu'on pourrait le croire. Nombre d'auristes ont insisté sur la nécessité de l'examen de l'oreille en présence d'une atteinte du facial, pour cette raison qu'on trouve souvent, dans cet organe, la cause de la paralysie et qu'on a de ce fait le seul moyen d'y porter rapidement remède.

Nous voulons parler d'abord des cas d'otite moyenne aiguë sans perforation du tympan, où une collection dans la caisse comprime le nerf facial dans le canal de Fallope souvent déhiscent dans l'oreille moyenne.

Les douleurs péri-auriculaires accompagnant la paralysie sont mises sur le compte de la paralysie elle-même, et en l'absence d'écoulement par le conduit, on ne songe pas à la possibilité de l'otite.

La large ouverture du tympan et l'issue donnée à la sérosité ou au pus sont pourtant le seul traitement utile, en n'oubliant pas que des adhérences consécutives du tympan au fond de la caisse, dans ces otites méconnues, peuvent rendre permanentes, par compression, des paralysies qui n'auraient été que passagères (observation de Polizer dans un cas de simple otite catarrhale sans suppuration avec adhérence du tympan).

Il arrive même que la perforation spontanée de la membrane tympanique est quelquefois insuffisante pour assurer l'écoulement de la collection qui comprime le facial, ainsi que le montre notre observation n° 1.

Il n'y a pas que les otites aiguës qui soient capables de provoquer les paralysies faciales et ce sont surtout les *otites chroniques suppurées*, avec carie osseuse, qui sont le plus souvent cause de cet accident. On considérait autrefois ces cas comme au-dessus des ressources de la chirurgie, persuadé qu'on était de la destruction du nerf consécutivement à celle des os.

Aujourd'hui ce pessimisme tend heureusement de plus en plus à disparaître depuis qu'on a mieux étudié la marche des affections chroniques suppuratives de l'oreille. C'est sur ce point que nous voulons surtout insister, en montrant une fois de plus, par une observation typique, qu'on doit quand même tenter quelque chose, en partant de ce principe que le plus souvent, même dans les caries osseuses, étendues, du temporal, la *compression* peut encore être un certain temps la cause de l'hémiplégie faciale.

Il est certain que, dans ces cas complexes, où on ne sait jamais, avant la mise à nu de la mastoïde, l'étendue de la carie, on doit faire des réserves sur la restitution *ad integrum* du nerf facial après l'opération ; mais cette dernière doit être présentée au malade, comme la seule chance pour lui de recouvrir la fonction du nerf, s'il n'est pas complètement détruit.

Observation I. — Elle est calquée sur beaucoup d'autres et offre un exemple frappant de paralysie faciale par compression, dans une otite aiguë.

M. X... 32 ans, vu par nous le 13 avril dernier pour une surdité surtout de l'oreille gauche, présentait des bouchons cérumineux des deux oreilles, qui furent enlevés le jour même. L'audition devint tout de suite normale et je ne revis le malade que le 22 avril.

A ce moment, il présentait une paralysie faciale gauche complète (larmoiement, impossibilité de fermer complètement les paupières, déformation du visage à gauche).

Ces accidents sont survenus depuis deux jours, à la suite d'un fort coryza. Le malade a souffert de l'oreille pendant quarante-huit heures, puis le pus est apparu dans le conduit, la paralysie s'était montrée le jour même peu à peu.

Examen de l'oreille : Membrane du tympan rouge, petite perforation en bas dans le segment antérieur, le Polizer produit du gargouillement, mais vide mal la caisse.

Diapason mastoïdien — qu'au méat; diapason vertex latéralisé à gauche.

Montre = 0 au contact.

Rien à l'apophyse mostoïde.

État général bon.

Nous pratiquons tout de suite une large ouverture du tympan, le pus s'écoule avec facilité. Lavages boriqués consécutifs, et gouttes phéniquées au 60e dans le conduit.

Le 24 avril (2 *jours après*) la suppuration est diminuée et la paralysie faciale pour ainsi dire disparue.

Le 26 la paralysie n'existe plus, l'otite moyenne est en bonne voie de guérison ; l'écoulement est réduit à un suintement muqueux.

Observation II. — Cette observation, beaucoup plus intéressante que la première, nous met en présence d'une paralysie faciale survenue dans une suppuration chronique de l'oreille avec large destruction osseuse, et présence d'un volumineux cholestéatome comprimant le facial au moment où il longe la paroi postérieure de la caisse et du conduit.

Mlle X..., 16 ans, est venue de province à Paris pour se soigner d'une suppuration d'oreille. C'est une lymphatique, en assez bon état de santé au moment de notre examen. Il y a plusieurs années, elle a présenté des signes légers de tuberculose pulmonaire qui expliquent la nature de la suppuration primitive de la mastoïde sans lésions de l'oreille moyenne.

Nous vîmes la malade, pour la première fois, à la fin de 1897. Elle avait une suppuration constante de l'oreille gauche, depuis 3 ans environ, survenue sans cause bien nette, et ayant déterminé, à plusieurs reprises, surtout quand l'oreille coulait moins, des douleurs très violentes dans tout le côté correspondant de la tête.

Le conduit auditif était rempli par une fongosité énorme et après son ablation nous avons trouvé, à notre grand étonnement, le tympan sain, et le pédicule du polype apparent dans une perforation de la *paroi postérieure* du conduit à 4 ou 5 millimètros en avant du tympan.

L'audition qui était à peu près nulle à gauche avant l'intervention :

Montre au contact.

Diapason mastoïdien = au méat.

Voix forte entendue seulement près de l'oreille ;

devenait, après l'ablation de la partie du polype saillante dans le conduit :

Montre à 0.25 centimètres

Diapason au méat + que mastoïdien.

Voix chuchotée bien perçue à 2 mètres.

La perforation de la paroi postérieure du conduit mesurait environ 6 à 8 millimètres de diamètre, et la profondeur inquiétante à laquelle nous avancions au stylet, dans la direction du sinus, nous empêchait de trouver le point d'implantation du polype. La douche d'air passait bien par la trompe d'Eustache, et agitait le tympan sans amener de bulles d'air dans la cavité osseuse d'où émergeait la fongosité. Aucune douleur à la pression sur l'apophyse mastoïde.

Etant donné le siège de la perforation de la paroi postérieure du conduit, j'avais émis des craintes sur la possibilité d'une paralysie faciale si on ne pratiquait pas une opération radicale. Toute intervention fut repoussée et la jeune malade repartait en province.

Le 28 mars 1898, je voyais à nouveau Mlle X... qui, trois jours auparavant avait été prise brusquement, pendant le dîner, d'une paralysie faciale *complète* et de violentes douleurs d'oreille.

On venait cette fois me demander une opération que j'acceptai de faire sans promettre de délivrer complètement la patiente de sa paralysie.

Le 30 mars, ma malade endormie, je procédai au premier temps de la trépanation en mettant largement à nu toute l'apophyse par décollement complet du pavillon, et la perforation, à bords cariés, de la paroi postérieure du conduit me servit de point de départ pour faire sauter une large portion osseuse de l'apophyse mastoïde. Je respectai le bord inférieur de cette perforation, qui était sain et *épidermisé*.

La végétation dont j'avais, quelques mois avant, enlevé la partie saillante dans le conduit était implantée dans la portion d'os séparant la cavité mastoïdienne du tympan et je trouvai une vaste perte de substance, remplie d'un cholestéatome pouvant avoir le volume d'un œuf de pigeon. Après curettage de toutes les parois, on trouvait l'os sain aussi bien du côté du sinus qu'à la partie supérieure ; toutefois, la paroi antérieure, au niveau du facial, semblait beaucoup plus friable.

Après nettoyage de la cavité, la partie supéro-postérieure du conduit, fendue, de manière à pouvoir inspecter plus tard par le méat toute la perte de substance intra-mastoïdienne, je suturai la plaie rétro-auriculaire seulement en haut et en bas, voulant continuer un certain temps les pansements par le conduit et par la plaie postérieure.

Dès le *soir même*, la paralysie de l'orbiculaire cessait en partie ; le lendemain ma jeune malade fermait complètement l'œil et dans les huit jours toute trace de paralysie avait disparu dans les muscles de la face.

Les pansements à la gaze iodoformée faits tous les trois à quatre jours permirent à cette vaste cavité de s'épidermiser, et en cinq mois la plaie rétro-auriculaire était fermée et toute suppuration disparue.

Par le conduit on peut examiner les parois de la grande cavité mastoïdienne qui sont lisses, sans trace de fongosités.

Nous avons revu notre malade à la fin de septembre 1898, la suppuration n'avait pas reparu de même que la paralysie faciale. L'audition était toujours aussi bonne.

En résumé :

1° On peut noter des paralysies faciales d'origine auriculaires, dans :

Les otites aiguës ;

Les suppurations chroniques de l'oreille.

2° Dans les deux cas, l'intervention est le seul moyen de guérir rapidement le patient, non seulement de sa paralysie, mais aussi de sa suppuration.

3° En opérant de bonne heure, on évite des lésions parfois irrémédiables du nerf.

4° On ne doit pas oublier que de simples otites catarrhales non soignées peuvent laisser après elles des paralysies faciales permanentes.

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie des voies urinaires, par E. Chevalier. J.-B. Baillière, éditeur, 1899.

« L'étude pratique du manuel opératoire de la chirurgie urinaire, que publie M. le Dr Edgard Chevalier, a été très longuement préparée. Des notes rédigées à propos de chacune des interventions auxquelles il a pris part pendant plusieurs années ou qu'il a lui-même exécutées lui ont servi de texte. » Telle est la genèse de ce livre, que nous présente M. Guyon dans la préface qu'il lui consacre.

Dans cette même préface, nous lisons : « Chacun sait que la chirurgie de l'appareil urinaire offre des difficultés toutes spéciales. Elle expose à de redoutables dangers les malades qui ne peuvent recourir à un chirurgien instruit; mais par contre ceux qui la connaissent bien et la pratiquent avec soin sont certainement utiles. «

L'ouvrage de M. P. Chevalier aidera efficacement ceux qui veulent arriver à ce résultat.

Il ne s'occupe que du manuel opératoire, c'est dire qu'il est un livre d'enseignement éminemment pratique. C'est le guide de tout élève qui s'exerce à la médecine opératoire urinaire, c'est le memento de tout chirurgien non spécialiste qui doit opérer un urinaire.

Nous avons avec joie vu supprimer l'historique de toutes les opérations tour à tour abandonnées et reprises, l'auteur se contente de décrire celles qui sont utiles et reconnues définitivement adoptées, de les indiquer telles qu'elles sont pratiquées et non telles qu'on les a inventées et réinventées.

Pratiquement l'ordre anatomique a été adopté. Dans une première partie sont décrites les opérations sur l'urèthre et la prostate, puis dans la seconde, la vessie, dans la troisième, l'urétère; enfin dans la dernière, le rein. — Remontant en quelque sorte le cours de l'urine, de l'extérieur à l'intérieur, la médecine opératoire trouve de nouvelles indications suivant la région anatomique sur laquelle elle intervient. Ces quatre régions offrent chacune une chirurgie spéciale, comme une pathologie différente.

Lorsque l'on a dépassé l'urèthre et la prostate, on est dans la chirurgie générale et rien de ce que doit connaître le chirurgien (sans épithète) ne doit être étranger à celui qui porte le bistouri sur la vessie. Il ne suffit plus d'être spécialiste et on est en droit de ne plus se spécialiser.

La clarté, l'incision, l'exactitude, telles sont les qualités qui mettent hors de pair le manuel de M. Chevalier et nous ne doutons pas du succès qu'il obtiendra auprès de tous ceux qui peuvent avoir recours à ses conseils.

F. Verchère.

Pour nos enfants; conseils d'hygiène physique et morale par le Dr Georges Petit. Paris, Société d'éditions scientifiques, 1898.

Sous ce titre, le Dr G. Petit publie toute une série de causeries des plus intéressantes sur l'hygiène physique et morale des petits enfants, et ce n'est pas sans un vif plaisir que nous l'avons vu rompre bravement en visière contre les nombreux préjugés qui courent le monde aussi bien chez le pauvre que chez le riche. La plupart des chapitres sont de l'hygiène pure : la contagion, les troubles digestifs de la première enfance, les premières dents, le muguet, etc.; même quelques-uns abordent des questions de morale d'un ordre très élevé, bien que toujours écrits d'une plume alerte et pleine de charme; parlant des nourrices et des devoirs de mère, par exemple, il n'hésite pas à dire bien haut ce que beaucoup pensent tout bas : de nos jours peu de femmes savent véritablement être mères. On sent que ce petit livre, qui s'adresse surtout aux mères de famille, n'est pas seulement l'œuvre d'un médecin; il a été pensé, il a été vécu par un homme, par un père qui aime les enfants, qui connaît leurs besoins, qui connaît ses devoirs envers eux et qui a eu le rare bonheur de rencontrer une épouse digne de lui.

Eug. Deschamps.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 30 janvier. — Présidence de M. Van Tieghem.

Sur la transparence des corps opaques pour les radiations lumineuses de grande longueur d'onde. — M. Gustave Le Bon. En poursuivant mes recherches sur les radiations de nature fort diverses que j'ai désignées jadis sous le nom de *lumière noire*, j'ai été conduit à constater que les corps réputés les plus opaques étaient au contraire très transparents pour des radiations de grande longueur d'onde et qu'il était possible, par des moyens très simples, d'arriver à photographier à la chambre noire, en quelques secondes, des objets renfermés dans des boites fort opaques. L'impossibilité de voir à travers les corps opaques ne tient donc qu'au défaut de sensibilité de l'œil.

Il ne sera question, dans cette note, que de corps opaques généralement non conducteurs. Les métaux font subir à la lumière des transformations dont je n'ai pas terminé l'étude.

Comme plaque sensible, j'ai utilisé des écrans de sulfure de zinc phosphorescent préparé par la méthode de Ch. Henry. L'image produite sur eux se fixe en appliquant l'écran contre une plaque photographique pendant une minute et développant cette dernière par les moyens ordinaires.

On sait depuis longtemps que les radiations les moins réfrangibles du spectre détruisent l'action lumineuse produite sur les substances phosphorescentes par les rayons

les plus réfrangibles. Ce phénomène est surtout facile à constater pour le sulfure de zinc. Son spectre d'illumination va depuis les environs de la raie G jusqu'au delà du violet avec un grand maximum autour de H. Son spectre d'extinction va de F jusque dans l'infra-rouge avec un maximum, variable suivant la source lumineuse, aux environs de $\lambda = 1\,\mu.5$. J'ai constaté que la sensibilité de l'écran sulfuré pour ce spectre d'extinction est au moins égale à la sensibilité des plaques photographiques pour la lumière ordinaire. C'est en utilisant cette sensibilité qu'il m'a été possible de mettre en évidence la transparence pour les radiations de grandes longueurs d'onde de corps considérés jusqu'ici comme très opaques.

On peut opérer soit avec la chambre noire munie d'un objectif photographique ; soit, comme pour la radiographie avec les rayons X, en appliquant directement l'écran de sulfure de zinc (1) contre la boite opaque contenant l'objet à radiographier.

La source lumineuse est une forte lampe à pétrole entièrement entourée de papier noir (2) ce qui fait que l'opérateur se trouve dans l'obscurité absolue.

On sensibilise l'écran en l'exposant à la lumière du jour pendant une à deux secondes et on l'expose de suite dans le châssis photographique ou derrière le corps opaque éclairé par la lampe obscure. La transparence des divers corps opaques sera indiquée plus loin, mais comme indication générale on peut dire qu'en procédant par contact on obtiendra, en quatre ou cinq secondes, l'image d'un objet métallique, une décoration par exemple, enfermée dans une boite en papier noir ou en ébonite, et qu'à la chambre noire, avec un objectif à portrait, il faudrait environ deux minutes. Il en faudra un peu moins pour photographier une statuette éclairée par les rayons obscurs.

L'image obtenue n'est visible que dans l'obscurité, mais on la transforme très facilement en cliché photographique en opérant comme il a été expliqué plus haut.

Voici maintenant en opérant par contact, c'est-à-dire en interposant le corps opaque entre la lampe et l'écran de sulfure, le temps nécessaire pour obtenir l'image d'un objet, un disque métallique par exemple, appliqué sur l'autre face du corps opaque.

Ebonite de 2mm d'épaisseur, une seconde ; ébonite de 1cm d'épaisseur, dix secondes ; lame de chlorure d'argent de 1mm. d'épaisseur, douze secondes ; quatre feuilles de papier noir superposées, douze secondes ; planche d'acajou de 5mm d'épaisseur, quinze secondes ; carton gris de 1mm d'épaisseur, soixante-dix secondes ; seize feuilles de papier rouge superposées, vingt-cinq secondes ; polarisation à travers des tourmalines recouvertes de papier noir, soixante secondes ; etc. (3).

On a essayé ensuite d'arrêter les rayons obscurs en interposant, devant une feuille de papier noir mise sur l'écran de sulfure, les corps suivants taillés en bandes de 1cm d'épaisseur : sel gemme, alun, flint, quart enfumé, crown, verre vert.

Le sel a été le plus vite traversé ; mais en quatre ou cinq secondes l'intensité de l'impression était égale sous les divers corps. L'interposition de cuves d'alun, de sulfate de cuivre ammoniacal, de sulfate de fer, de bichromate de potasse, d'humeur vitrée, etc., en couche de 2cm d'épaisseur, n'a pas arrêté les rayons, mais le sulfate de fer a rendu l'impression quatre fois plus lente.

Pour déterminer exactement quelles sont les radiations qui traversent les divers corps opaques, j'ai imaginé la méthode suivante :

Au moyen d'un héliostat et d'une lentille, on condense un faisceau de lumière solaire sur le collimateur d'un prisme à vision directe et l'on reçoit le spectre dans l'obscurité sur un écran de sulfure sensibilisé comme il a été dit. On recouvre avant l'exposition la moitié inférieure de la bande formée par le spectre avec une lame du corps opaque dont on veut étudier la transparence, une feuille de papier noir par exemple. En éteignant momentanément le spectre au bout d'un instant et soulevant la lame opaque, on voit immédiatement, par le noircissement partiel de l'écran, les régions du spectre qui ont traversé le corps opaque. Elles varient suivant les corps opaques, mais les rayons les plus actifs ont généralement leur maximum autour $\lambda = 1\mu, 5$ et leur action va en diminuant jusque dans le rouge et l'orangé où elle disparaît généralement,

Ce sont donc bien les radiations invisibles de grandes longueurs d'onde qui possèdent presque exclusivement le pouvoir de traverser les corps opaques.

Etant donné le pouvoir pénétrant des radiations de grandes longueurs d'onde pour les substances organiques, il sera fort intéressant d'étudier leurs effets sur les végétaux et les animaux. Ces radiations existent dans toutes les sources lumineuses, mais les expériences faites avec les écrans phosphorescents semblant démontrer que l'action de ces longues radiations peut être détruite par celles qui constituent la lumière visible, il est absolument nécessaire d'éliminer ces dernières. Rien n'est plus facile, puisqu'il suffit d'interposer entre la lumière solaire ou artificielle et l'objet en expérience une feuille de papier noir. Une serre dont les carreaux seraient recouverts de papier noir convenablement choisi fournirait l'élément fondamental de l'expérience. L'obscurité de cette serre serait la même pour l'œil que celle d'une cave ; mais les effets produits seraient, sans doute, bien différents, puisque la serre serait baignée par les rayons d'une lumière invisible, mais extrêmement active.

L'exploration clinique des fonctions rénales et la glycosurie phloridzique. — M. Ch. Achard. L'examen des

(1) On peut obtenir des résultats analogues avec du sulfure de calcium, mais sa sensibilité est plus de 300 fois moindre que celle du sulfure de zinc. On peut aussi se servir de pellicules photographiques à grains très fins (*pellicules Thomas*) qu'on voile en les exposant une seconde à la lumière d'une bougie. Elles sont alors sensibles aux radiations de grandes longueurs et dé voilées proportionnellement à l'intensité de ces radiations. Elles donnent des images très nettes, mais leur sensibilité pour ces radiations est au moins 5000 fois moindre que celle du sulfure du zinc.

(2) Le papier noir est d'ailleurs inutile avec le sulfure de zinc, parce que les rayons visibles d'une lampe ne l'illuminent pas. Le papier noir n'est ajouté que pour rendre l'expérience plus démonstrative.

(3) De tous les corps essayés, il n'en est qu'un, le noir de fumée, qui se soit montré très opaque, même sous des épaisseurs de 0mm05. Le papier noir et l'ébonite qui en contiennent, ce qui est fréquent, deviennent aussitôt opaques sous de faibles épaisseurs. Avant de s'en servir pour des expériences il faut donc examiner leur transparence, ce qui ne demande que quelques secondes. L'opacité du noir de fumée permet de réaliser facilement cette expérience, qui semble d'abord paradoxale, de reproduire, soit par contact, soit avec l'objectif photographique, une page d'impression mise dans une enveloppe de papier noir et introduite elle-même dans une boite d'ébonite.

urines fournit au clinicien plusieurs moyens d'explorer les fonctions rénales. Par la recherche classique de l'albumine, il peut savoir si le rein malade laisse échapper une substance qu'il devrait retenir; par l'analyse quantitative de l'urine, si l'organe plus ou moins profondément lésé se prête, au contraire, avec une facilité moindre au passage des principes normaux.

La méthode que nous avons instituée, il y a deux ans, avec M. Castaigne, ne se borne pas, comme les précédentes, à la simple observation de ce que le rein peut spontanément éliminer; elle provoque, par une épreuve spéciale, le passage d'une substance déterminée à travers l'organe. Son principe peut se résumer ainsi : introduire sous la peau un corps facilement éliminable par l'urine, mais ne s'y rencontrant pas à l'état normal, et observer méthodiquement l'ensemble et les détails de son élimination. Le bleu de méthylène nous a paru convenir spécialement à cette exploration, mais il est clair que le choix du réactif indicateur ne saurait être exclusif et que le principe de la méthode subsiste, quel que soit le corps employé. Nous avons fait nous-mêmes des recherches comparatives avec plusieurs substances et d'autres observateurs nous ont suivis dans cette voie.

Le choix des substances indicatrices devait nécessairement porter en première ligne sur celles qui n'entrent point dans la constitution de l'organisme et ne font guère que le traverser comme une sorte de corps étranger. Les éléments normaux de l'urine, en effet, conviendraient mal pour cette épreuve, car le taux de leur excrétion est influencé par le régime alimentaire, la nutrition générale, le fonctionnement d'autres organes que le rein.

Mais entre ces deux ordres de substances, les unes complètement étrangères à l'organisme, les autres rejetées normalement par l'urine après avoir fait partie intégrante des tissus et des humeurs, il existe une catégorie intermédiaire, que représente le glycose : substance existant dans le sang, mais ne passant pas néanmoins dans l'urine à l'état physiologique. Au cours de plusieurs séries de recherches faites avec M. Castaigne et M. E. Weil, soit dans le diabète, soit dans la glycosurie provoquée artificiellement pour explorer les fonctions hépatiques (glycosurie alimentaire) ou la capacité glycolytique des tissus (glycosurie par injection sous-cutanée), nous avons pu constater que le mauvais état des reins gêne dans une certaine mesure l'élimination du glycose. Comme, d'autre part, plusieurs conditions faciles à réaliser permettent de faire apparaître temporairement le glycose dans l'urine, on conçoit la possibilité de tirer parti de cette substance pour l'étude des fonctions rénales.

Seulement, on doit renoncer à opérer comme précédemment, car si l'on injectait du glycose sous la peau, il serait promptement arrêté par les tissus, et cela en des proportions très variables suivant l'état de leur nutrition. On peut même dire que l'apparition du sucre urinaire serait influencée beaucoup plus par l'aptitude glycolytique des tissus que par la perméabilité rénale.

Il faut donc provoquer la glycosurie sans introduire de sucre dans l'organisme. Or la phloridzine nous en fournit le moyen. Elle a l'avantage d'être inoffensive et, de plus, elle présente encore un intérêt particulier en ce qu'elle paraît déterminer la glycosurie en agissant sur le rein. Je ne rappellerai pas ici toutes les expériences physiologiques qui rendent vraisemblable cette manière de voir, mais je citerai seulement, comme se rapportant plus directement au sujet de la présente note, les observations de Klemperer, d'après lesquelles l'ingestion de phloridzine n'a pas produit de glycosurie chez un certain nombre de malades atteints de lésions avérées des reins.

Avec M. Delamare j'ai pu vérifier ces constatations et instituer, d'après ces données, une épreuve nouvelle, permettant d'explorer le rein au moyen de la glycosurie phloridzique. La phloridzine est injectée sous la peau à la dose minime de 5 mgr et le sucre est recherché dans l'urine recueillie méthodiquement à partir du moment de l'injection. Il importe, bien entendu, de s'assurer au préalable que le sujet n'est pas atteint de glycosurie spontanée.

Quand les reins sont indemnes, le sucre passe dans l'urine pendant environ trois heures et sa quantité varie de 0 gr. 5 à 2 gr. 5. Dans la majorité des cas où l'ensemble des symptômes permet d'admettre un mauvais fonctionnement des reins, la glycosurie fait défaut ou bien elle est minime. Plusieurs autopsies, du reste, ont confirmé la valeur de l'épreuve.

Ce procédé, qui diffère quelque peu, dans son mode d'action, des autres moyens d'exploration du rein, n'exclut, d'ailleurs, aucun d'eux. Il est même très facile d'injecter en même temps du bleu de méthylène et de la phloridzine de manière à contrôler les uns par les autres les résultats des deux épreuves. Les éléments d'information ne sont jamais trop nombreux, en effet, quand il s'agit de fonctions comme celles du rein, dont l'état n'offre pas moins d'intérêt pour la pratique de tous les jours que pour l'étude de mainte question de pathologie générale.

L'élasticité des organes et leurs changements dans le bain turc étudiés par la phonendoscopie. — MM. A. Bianchi et Félix Regniault. — M. Marey, en présentant cette note, a déclaré que seulement la phonendoscopie permettait d'obtenir de pareils résultats.

Chez plusieurs sujets d'âge différent, les auteurs ont étudié les changements de volume et de position ainsi que l'élasticité des principaux organes, poumons, cœur, foie, estomac, rate, gros intestin dans les bains turcs (Hammam), ayant soin d'écarter l'action du massage. — L'examen phonendoscopique a été pratiqué : 1° avant de commencer le bain; — 2° après un séjour de dix minutes dans l'étuve à 50° C; — 3° après un séjour de quelques minutes dans l'étuve à 80° C; — 4° après la douche graduellement refroidie; — 5° après le passage en piscine à 12° C; — 6° après quelques minutes de repos.

1° *Modification de volume.* — Dans l'étuve, les poumons et le cœur se dilatent dans tous leurs diamètres. Cette dilatation est constante, progressive et rapide, et atteint son maximum à 80° C.

Le foie et la rate ont fourni des résultats variables. L'estomac vide se dilate ; mais, s'il contient des aliments, leur expulsion amène la diminution du volume de l'estomac. Le cæcum et le côlon se dilatent.

Le passage dans la douche et la piscine froide produit une contraction rapide de tous les organes, qui retournent à leur volume primitif après 18 à 35 minutes, sauf l'estomac qui reste rétréci.

2° *Déplacement des organs.* — Les modifications de volume des organes amènent des changements dans leur situation respective. Dans l'étuve sèche, les poumons et le cœur dilatés refoulent en bas le diaphragme. Les organes

abdominaux: foie, rate, estomac, sont refoulés en bas; mais leur descente est diminuée par la dilatation du cæcum et du côlon. L'estomac vide se dilate et s'oppose à la descente du diaphragme; s'il contient des aliments, il se vide facilement par la pression du diaphragme et des intestins.

Après la piscine froide, les poumons diminuent, le diaphragme s'élève entraînant avec lui le foie et la rate. La cavité abdominale diminue.

3° *Elasticité des organes*, — Cette recherche est tout à fait nouvelle et repose sur la possibilité de comparer le tracé phonendoscopique, fait dans le maximum de dilatation d'un organe, avec celui obtenu dans le maximum de rétraction et tous les deux avec le tracé normal. On obtient ainsi la mesure de la puissance élastique totale des organes. Cette puissance atteint son plus haut dégré dans les poumons, le cœur, et l'estomac. Viennent ensuite le colon, le foie et la rate. L'élasticité des organes varie avec l'âge et les conditions de santé ou de maladie. Un organe se dilate et se rétracte plus dans la jeunesse que dans la vieillesse et plus dans la maladie.

Ces bains turcs sont donc non seulement une pratique très recommendable de gymnastique des organes sains; mais ils constituent ainsi un moyen précieux pour juger du degré d'élasticité des organes et pour aider la fonctionnalité motrice de l'estomac et des intestins.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 février 1899. — *Présidence de* M. Panas.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. le professeur Laroyenne (de Lyon), qui se porte candidat au titre de correspondant national dans la section de chirurgie et d'accouchements; 2° deux plis cachetés déposés par le Dr Léon Maire, de Vichy, intitulés l'un : Recherches sur la réfection de la paroi abdominale, l'autre Sur l'Agrandissement définitif du bassin.

La puériculture intra et extra-utérine par l'assistance scientifiqne et matérielle à domicile. — M. Pecker, de Maule (Seine-et-Oise) lit un travail sur ce sujet.

Traitement de l'appendicite. — M. Reclus. La formule de M. Dieulafoy « opérez toujours » est, en somme, malgré son exclusivisme, celle qui, aujourd'hui, donne le plus de satisfaction. Les médecins qui parlent de guérison de l'appendicite veulent dire qu'ils ont guéri la crise actuelle, mais ils ne peuvent pas affirmer que le malade ne va pas se trouver sous le coup d'une nouvelle crise. J'ai vu, à la Pitié, un malade qui avait eu seize crises d'appendicite, qui avait grossi de 16 unités la colonne des guérisons de l'appendicite par le traitement médical et qui, sans le secours de la chirurgie, allait mourir de sa dix-septième crise. La clinique montre que les crises d'appendicite ne diminuent pas de gravité à mesure que le nombre augmente. Aucun signe ne peut montrer qu'une appendicite est guérie ; il faut donc opérer toujours.

Récemment, à la Société de chirurgie, M. Jalaguier a appelé l'attention sur une appendicite à forme spéciale : lorsqu'on voit un malade avec une béatitude particulière, lorsqu'en même temps il y a du tympanisme et que le pouls est incomptable, n'opérez pas. Cependant là, ce n'est qu'un retard de l'opération qu'on ajourne jusqu'à l'époque où le malade sera remonté.

Faut-il opérer le plus vite possible ? Sur ce point, M. Reclus est également d'accord avec M. Dieulafoy, mais la plupart des chirurgiens, en France et à l'étranger, sont d'accord pour opérer à froid. Lorsqu'on opère à chaud, dit-on, on a des chances d'ouvrir le cæcum, de le déchirer et on ne pourra pas le réparer à cause de la friabilité des tissus, mais nous ne savons pas quelle marche va suivre une appendicite ; nous ne savons pas ce que demain nous réserve, c'est pourquoi il est bon d'opérer aujourd'hui.

Il est certain que l'opération à froid est beaucoup plus facile et donne des résultats beaucoup plus favorables. L'opération de l'appendice réséqué à froid donne des nombres indéfinis de cas de guérison sans insuccès. Lorsque le malade est placé dans de telles conditions qu'on peut l'opérer à la première alerte, on peut donc attendre pour opérer que l'appendicite se soit refroidie.

M. Dieulafoy s'était fait inscrire pour une communication qui répond en partie aux objections de M. Reclus. Le but est de chercher les cas dans lesquels l'appendicite peut attendre.

M. Dieulafoy raconte de façon très saisissante l'histoire d'une malade atteinte d'appendicite qui, au bout de cinq jours, avait une accalmie complète et trompeuse, et qui, à ses propres yeux comme aux yeux de sa famille, passait pour guérie mais en somme couvait une péritonite : l'opération faite le jour même, malgré l'opposition au début de la famille, fit sortir du ventre un flot de liquide roussâtre; la malade commençait une péritonite généralisée à laquelle elle aurait certainement succombé sans l'opération.

Un autre cas, chez une jeune femme enceinte depuis quatre mois, fut opérée de même dans une période d'accalmie, vingt-sept heures après le début de son appendicite. Il n'y avait aucune douleur, le pouls était élevé, mais la température était normale; quelquefois même dans ces cas la température est au-dessous de la normale. L'opération montra que l'appendice très volumineux, long de 17 centimètres, était gangréné et entouré d'un flot de pus. La jeune femme fit quelques jours après une fausse couche dans de très bonnes conditions, puis elle a absolument guéri.

M. Dieulafoy cite brièvement quelques autres cas du même genre.

Il n'y a pas dans l'appendicite une phase appendiculaire et une phase péritonéale, les symptômes sont subintrants et c'est souvent alors que le cas devient le plus grave que le malade paraît commencer à aller mieux.

En résumé, lorsqu'on est en présence d'une appendicite, il faut se méfier de cette accalmie trompeuse et opérer le plus tôt possible. M. Dieulafoy formule les conclusions suivantes :

1° Les symptômes bruyants et douloureux de l'appendicite, la douleur abdominale, les vomissements, la fièvre, sont parfois suivis d'une brusque détente avec disparition des douleurs, chute de la fièvre, état de bien-être du malade.

2° Cette brusque détente, cette défervescence n'est pas toujours le signal d'une amélioration réelle du mal, c'est parfois une fausse détente, une accalmie trompeuse, une accalmie traîtresse.

3° Il est même à remarquer que cette accalmie trompeuse

et traîtresse coïncide assez souvent avec la formation des lésions les plus redoutables : gangrène de l'appendice, septicémie péritonéale, péritonite diffuse.

4° L'accalmie traîtresse n'est jamais une accalmie complète ; quand on y regarde de près, on voit qu'elle diffère de l'amélioration réelle par la persistance de quelques symptômes; en cas d'accalmie apparente, le ventre est plus ou moins tympanisé, la défense musculaire ne disparaît pas toujours, l'accélération du pouls persiste alors même que la température est tombée; l'urobilinurie et l'albuminurie ne sont pas rares.

5° Cette fausse détente de l'appendicite est parfois favorisée par la médication : injections de morphine, application de sachets de glace qui masquent l'évolution des symptômes menaçants.

6° L'accalmie traîtresse apparait à des périodes variables, elle peut survenir dès le 2e jour de l'appendicite, au 6e jour, au 4e, comme dans les diverses observations.

7e Les accalmies coïncidant avec le développement de lésions péritonéales des plus graves montrent, une fois de plus, l'inexactitude des descriptions qui divisaient en deux périodes distinctes et bien tranchées l'appendicite et la péritonite. Pareilles descriptions consacrent des erreurs funestes ; le plus souvent les symptômes de l'appendicite et de la péritonite sont similaires, subintrants, fusionnés, sans qu'il soit possible de dire à quel moment la péritonite entre en scène.

8e Les accalmies traîtresses de l'appendicite sont le plus souvent la cause de la mort chez les malades atteints d'appendicite. Un médecin ou un chirurgien trop temporisateur ou trop hésitant saisit avec empressement cette soi-disant détente de la maladie pour éviter l'intervention chirurgicale, croyant qu'il sera toujours temps d'opérer plus tard, « à froid » ; mais bientôt de terribles accidents surviennent contre lesquels le traitement chirurgical est lui-même impuissant et le malade succombe.

9e Méfions-nous des accalmies traîtresses de l'appendicite, sachons les reconnaître et faisons opérer nos malades sans tarder, si nous ne voulons pas les exposer à la mort.

L'alcoolisme chez les femmes en Normandie. — M. Brunon (de Rouen) termine son travail par les conclusions suivantes :

Contrairement à l'opinion généralement reçue, nous croyons qu'en Normandie l'alcoolisme des femmes va grandissant.

L'alcoolisme des femmes est relativement discret, il se cache; il n'en existe pas moins, et n'en est pas moins terrible par ses conséquences sociales.

Les ouvrières des filatures et tissages sont celles qui boivent le moins. Les femmes d'ouvriers restant dans leurs ménages sont celles qui boivent le plus.

D'une manière générale, dans les campagnes normandes et à Rouen les femmes boivent plus que les hommes.

A 4 heures 45, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Cadet de Gassicourt sur les candidats au titre de correspondant national.

Les candidats seront présentés dans l'ordre suivant : En 1re ligne : M. Moniez (Lille) ; en 2e ligne : MM. Brunon (Rouen) Coyne (Bordeaux), Vincent (Rochefort); En 3e ligne : MM. Catrin (Valenciennes), Lalesque (Arcachon).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 février 1899. — Présidence de M. Raymond.

Pleurésie putride. — M. Rendu. Le hasard a réuni dans mes salles, en juin dernier, deux cas de pleurésie putride qui, tous deux, ont guéri par l'empyème, après une série de vicissitudes. Un troisième cas, tout à fait comparable, et qui guérit également, se trouvait à la même date dans le service de M. Barth, qui nous a permis d'en prendre l'observation.

Dans les trois la pleurésie s'est montrée plus ou moins tardivement au cours d'une maladie pulmonaire antérieure. Le sujet de notre première observation toussait depuis un an et avait pu être considéré comme un phtisique.

La jeune fille de la deuxième observation était atteinte de bronchectasie depuis son enfance, et son expectoration, ainsi que son haleine, étaient fétides depuis des mois quand la pleurésie a éclaté. Enfin le malade de M. Barth était sous le coup d'une affection pulmonaire subaiguë mal définie, grippe ou broncho-pneumonie, quand apparut son point de côté. Il semble donc que pour que les accidents de pleurésie putride se déclarent, il faut un poumon déjà antérieurement malade et moins résistant aux germes pathogènes qui amènent l'infection.

Le début de l'envahissement pleural est toujours subit. Nos trois malades ont ressenti d'emblée une douleur de côté aiguë comme un coup de poignard et d'une intensité excessive. C'est bien le caractère assigné par Corbin et Bucquoy à l'invasion des pleurésies putrides. Mais le point de côté n'est pas toujours aussi tenace et aussi persistant que l'ont enseigné ces auteurs. Si, chez notre premier malade, il s'est montré très aigu pendant plus d'un septénaire, il n'en a pas été ainsi dans les deux autres observations.

Un autre point ressort de ces observations : c'est le peu d'élévation de la température, des troubles fonctionnels et des symptômes généraux.

Ce qui donne une physionomie commune à tous ces faits de pleurésie putride, c'est la rapidité avec laquelle se développent et grandissent les symptômes infectieux, et la gravité excessive de l'état général. L'aspect typhoïde, la cyanose, la sécheresse de la langue, souvent la diarrhée et l'albuminurie témoignent de l'atteinte profonde subie par l'organisme; la putridité se traduit plus directement encore par le développement rapide des gaz dans la cavité pleurale, qui refoulent le cœur et le poumon dans l'espace de quelques heures. La constatation du son hydroaérique au-dessus de la zone de matité et la résonnance métallique sont des signes de haute valeur qui, dans les cas où on les constate, constituent une présomption presque certaine de la putridité de l'épanchement. La ponction exploratrice achève de lever tous les doutes.

Je ne saurais trop insister sur les effets des lavages au permanganate de potasse, une fois l'empyème pratiqué le plus hâtivement possible. Si le permanganate de potasse se montre aussi manifestement efficace cela tient à ce que, en présence de matières organiques, il se décompose et abandonne une quantité considérable d'oxygène à l'état naissant. C'est cet oxygène qui agit, non seulement comme stimulant de la vitalité des tissus et de l'hématose, mais surtout en tuant les microbes anaérobies qui sont, comme je vais le dire, les agents pathogènes directs des suppura-

tions putrides. C'est à cette conclusion qu'aboutissent les recherches bactériologique que M. Rist a poursuivies avec une patience et une persévérance absolument méritoires, et qui éclairent d'un jour tout nouveau la pathogénie des processus gangréneux pleuro-pulmonaires. Ces recherches confirment absolument les résultats obtenus par MM. Veillon et Zuber qui ont toujours trouvé des anaérobies dans tous les pus fétides examinés par eux. Dans notre première observation, les anaérobies étaient seuls en cause ; dans les deux autres, ils prédominaient notablement sur les aérobies. Comme dans les cas de Veillon et Zuber, les espèces étaient multiples ; la flore anaérobie est, on le sait, des plus riches et des plus variées ; mais il en est plusieurs qui sont hautement pathogènes, Elles sont identiques à plusieurs de celles que MM. Veillon et Zuber ont trouvées dans les pus fétides.

Abcès gangréneux multiples du poumon. — M. L. Galliard. Un charcutier de 52 ans entre à l'hôpital Saint Antoine, le 15 novembre 1898, pour une broncho-pneumonie d'abord localisée au sommet droit puis à la base gauche. Défervescence du quatorzième au seizième jour, tandis que persistent les signes d'hépatisation du lobe inférieur avec une mince couche de sérosité pleurale. Le seizième jour, recrudescence fébrile : 39°8 le soir. Fétidité de l'haleine. Crachats purulents, peu fétides, peu abondants. Les jours suivants, la température vespérale n'est pas éloignée de 39°, le malade s'affaiblit. Le 3 décembre, les crachats, toujours peu abondants. deviennent fétides : langue sèche, état général assez mauvais. Je pratique plusieurs ponctions exploratrices à l'aide d'une fine aiguille pour m'assurer de la disparition du liquide pleural ; je n'obtiens ni sérosité, ni pus. En présence de la persistance, je pose le diagnostic : *hépatisation du lobe inférieur gauche, abcès multiples gangréneux du même lobe, symphyse pleurale*. Bientôt la fièvre reprend : 40°3 le 13 décembre.

Je montre le malade à mon collègue, M. Blum, qui pratique, le 16 décembre, la pleurotomie. Résection de trois côtes. Le thermocautère pénètre dans un foyer de faible dimension. On ne trouve pas d'autre foyer. Le malade, passagèrement amélioré, succombe le 26 décembre.

A l'autopsie, foyer gangréneux, capable d'admettre un petit œuf de poule, situé au-dessus de celui qu'a atteint le thermocautère. Dans le lobe supérieur gauche je trouve un petit abcès fétide et, à son contact, une loge d'empyème enkysté. Pas de tubercules pulmonaires.

Polyurie et polydipsie chez un enfant. — M. Ausset (de Lille), présente un enfant de quatre ans atteint d'une polyurie excessive. Cet enfant, issu de parents très nerveux, contracta, il y a près de deux ans, une maladie infectieuse immédiatement après laquelle apparut une polyurie intense atteignant jusqu'à 9 et 10 litres par vingt-quatre heures. Une sensation invincible de soif s'en suivit et l'enfant absorbe quotidiennement de 8 à 10 litres de liquide.

L'analyse des urines, faite au mois de juillet dernier, montrait une augmentation de tous les matériaux éliminés ; il y avait particulièrement un degré assez accentué d'azoturie. Aujourd'hui l'urée et les autres éléments sont au-dessous de la normale.

Après avoir éliminé les autres causes de polyurie, M. Ausset se rattache à la polyurie hystérique. Ce qu'il y a également d'intéressant c'est que cet enfant est atteint depuis deux ans d'une éruption généralisée qu'après examen on pourrait peut-être rattacher à un xanthélasma atypique. Il n'y a aucune relation entre l'éruption et la polyurie, car la première existait avant la seconde. Il y a simplement coïncidence. Cet enfant n'a pas l'estomac dilaté.

M. Variot. J'ai, dans mon service, actuellement, un cas analogue à celui de M. Ausset. Il s'agit d'un petit enfant qui, en plus de sa polydipsie et de sa polyurie, est dipsomane. Non seulement il boit 4 à 5 litres de liquide par jour — il pèse seulement 18 livres — mais il boirait n'importe quoi, de l'eau de savon, du vin, du pétrole, des solutions de sublimé. On est obligé de le surveiller étroitement à ce point de vue.

Il diffère du malade de M. Ausset en cela surtout qu'il a une grosse dilatation d'estomac.

Il est intéressant de noter que sa mère a été polyurique jusqu'à l'âge de sept ans, et que sa grand'mère maternelle l'a été aussi. Il y a donc là une question d'hérédité, et ce qu'il y a de plus grave dans ces sortes de cas, c'est qu'il s'agit, en somme, d'une manie véritable.

Spasmes du larynx nécessitant l'intubation prolongée. — M. Richardière. Chez les enfants tubés après injection de sérum, le détubage se fait le plus souvent sans accident, pourtant dans certains cas les phénomènes spasmodiques (toux ou accès de suffocation) reparaissent et le tube doit être remis en place. Dans ces cas, on replace le tube qu'on laisse de nouveau pendant une période de trois jours, et l'on tente alors de nouveau le détubage. La plupart des enfants peuvent alors se passer de leur tube, quelques-uns pourtant, en petit nombre, doivent être tubés une troisième fois. Parmi ces derniers, la plupart guérissent après ce troisième tubage ; quelques-uns sont repris d'accidents spasmodiques après un nouvel essai de détubage.

La persistance du spasme, après l'intubation répétée, est presque toujours l'indice d'un état grave, en raison de l'état local du larynx et des complications broncho-pulmonaires qui l'accompagnent très fréquemment.

Le pronostic en est sévère : 13 morts sur 21 cas. Ces accidents sont le plus ordinairement dus à des lésions du larynx ; M. Richardière conseille l'emploi du chloral, et, si cette médication échoue, un nouveau tubage avec des tubes en ébonite.

SOCIÉTÉ MEDICALE DU VI^e^ ARRONDISSEMENT

Séance du 26 décembre 1898. — Présidence de M. Valude.

Le procès-verbal de la dernière séance est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

Candidature de M. Lemasle.

On procède ensuite aux élections : M. Richardière est élu président à l'unanimité ; M. Genesteix, premier vice-président ; M. Paul Petit, deuxième vice-président.

Trachéotomie d'urgence chez un syphilitique. — M. Depasse. Il s'agit d'un malade sans antécédents héréditaires qui se plaint de tousser et de maigrir depuis quatre mois. Il présente également le phénomène du cornage.

L'examen du laryngoscope fait découvrir des ulcérations que M. Depasse qualifie de syphilitiques parce qu'elles sont plus profondes à la partie supérieure qu'à la partie inférieure. Du reste, le malade avoue qu'il a eu, il y a vingt ans, des accidents syphilitiques qu'il n'a pas soignés.

L'auscultation est très difficile à cause du cornage, mais il y a une matité absolue à droite. D'autre part, le malade

crache beaucoup. Ces symptômes, joints à l'amaigrissement et à la toux, font faire le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

Le malade est envoyé à la Charité d'où il revient au bout de trois jours sans avoir suivi aucun traitement,

Il entre ensuite dans le service de M. Barth d'où il revient dans un état lamentable. Depuis trois semaines, il n'a rien mangé ni bu, il étouffe : le cornage est devenu très intense, c'est un cadavre qui respire encore.

M. Depasse prie M. Verchère de l'assister, il lui propose de pratiquer la trachéotomie. M. Verchère y consent mais sans la moindre confiance.

L'opération est faite à 5 heures du soir.

Le malade a pu manger le soir même deux potages. Quarante-huit heures après, il mangeait et buvait comme tout le monde.

Depuis deux mois, il a engraissé de 5 kilogrammes, le malade était infailliblement perdu s'il n'avait pas été trachéotomisé.

M. Verchère ajoute à la communication de M. Depasse que tout ce qu'il a pu dire ne donne encore qu'une faible idée du triste état dans lequel était le malade : « C'était un cadavre qu'on trachéotomisait », dit-il. Et il fut très étonné d'apprendre le surlendemain, de la bouche même de M. Depasse, que le malade n'était pas mort et même qu'il allait très bien.

M. Furet cite le cas d'un malade, porteur d'une laryngite syphilitique avec sclérose. On lui passe une bougie qu'on laisse une minute (?). Au moment où on retire la bougie, le malade est pris d'une suffocation si intense qu'il se cyanose et succombe par syncope. On fait, sans résultat, des tractions de la langue. On se décide alors à faire la trachéotomie et, à la surprise générale, le malade revient à lui et, à l'heure actuelle, il est très bien portant.

M. Luc rappelle que le signe qui permet de distinguer la syphilis de la tuberculose laryngée, c'est la présence sur l'épiglotte d'ulcérations cicatrisées, taillées à l'emporte-pièce. Les formes combinées de syphilis et de tuberculose sont plus curables que les formes isolées.

Dans l'observation de M. Depasse, on n'avait d'autre moyen que la trachéotomie. Mais si l'on avait eu le choix, c'est à l'intubation que M. Luc s'arrêterait, car l'intubation redresse le larynx et tend à lui rendre sa forme normale. Mais dans ces cas-là, il faut avoir son malade sous la main et il cite à l'appui de son opinion, l'exemple d'une concierge atteinte de laryngite tuberculeuse scléreuse. M. Luc l'a d'abord trachéotomisée, mais la malade ayant demandé qu'on lui enlève sa canule, c'est à l'intubation qu'il a eu recours et il a obtenu d'excellents résultats. C'est ainsi que cette malade a eu depuis deux fausses couches avec métrorrhagie et qu'elle les a très bien supportées.

M. Thiery dit que dans toute asphyxie et surtout dans l'asphyxie par le chloroforme, la trachéotomie est le procédé de choix : il n'a qu'une faible confiance dans les tractions de la langue et les mouvements des bras. Il cite à l'appui de son opinion, trois observations.

Dans la première, il s'agit d'un malade qui, après avoir subi la résection du maxillaire inférieur, avait avalé ce qui lui restait de langue. Reporté sur son lit, on l'avait déjà recouvert du drap comme on le fait pour ceux que l'on va transporter à l'amphithéâtre. La trachéotomie le sauva.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme qui subissait l'opération de l'ovariotomie. L'aide qui donnait le chloroforme dit tout d'un coup : « La malade ne respire plus ». Le chirurgien (M. Polaillon) dit : « Ça c'est votre affaire » et il continue son opération. La malade était morte, le cœur ne battait plus, elle ne respirait plus ; grâce à la trachéotomie, elle fut ramenée à la vie.

Dans la troisième observation enfin, il s'agit d'une résection des deux maxillaires supérieurs opérés par Tillaux. Il y eut une hémorragie considérable, le sang gagna l'appareil respiratoire et le malade asphyxia. M. Thierry fit la trachéotomie et aspira par la canule le sang des voies respiratoires. Il eut la chance de ramener son malade à la vie.

M. Valude a une grande confiance dans la respiration artificielle faite par le mouvement des bras seuls. Ce procédé lui a permis de ramener une malade à la vie au bout de trente-cinq minutes.

M. Depasse cite enfin l'observation d'un enfant de 14 ans, qui tombé sur le côté gauche et n'ayant jamais manifesté de douleur que du côté gauche, s'était fracturé le foie. Il a succombé après avoir subi la laparotomie.

Le banquet annuel est fixé au 21 janvier.

La séance est levée à 10 heures.

Le secrétaire annuel : Dr P. Malméjac.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Président : M. Verchère

Contre-indications momentanées de la vaccination, par le Dr Saint-Yves-Ménard. — Mon collègue et ami M. Carron de la Carrière m'a posé la question suivante : « *Pour quelles raisons ajournez-vous quelquefois des enfants présentés pour la vaccination?* »

La réponse que je lui dois m'amène à soumettre à la Société quelques considérations sur un petit point de pratique médicale courante : « Contre-indications momentanées de la vaccination. »

On admet, à juste titre, que les enfants nouveau-nés doivent être vaccinés le plus tôt possible. La variole peut, en effet, les atteindre aussitôt après leur naissance et elle fait courir des risques dès leur première sortie. Ils ne seront donc jamais préservés trop tôt.

Aussi, pour commencer par un cas extrême, dans les maternités de l'Assistance publique de Paris, les enfants, qui ne restent que huit à dix jours, sont-ils vaccinés avant leur départ. Comme le service ne se fait qu'une fois par semaine dans chaque établissement, on y rencontre des sujets de 1 à 6 jours. La vaccine évolue chez eux très normalement, très régulièrement, sans réaction marquée, sans trouble de santé, sans modification de l'accroissement. Plus de douze mille enfants sont ainsi préservés hâtivement chaque année, dans les hôpitaux de Paris, avant de se disperser dans la ville ou d'aller en nourrice en province où ils resteraient des mois, des années peut-être, sans être vaccinés. Toutefois, quelques-uns de ces enfants échappent à la mesure générale pour une contre-indication, une seule ; ce sont ceux qui ne présentent pas un développement suffisant. Il est convenu, d'accord avec MM. les accoucheurs des hôpitaux, qu'on ne vaccine pas les enfants dont le poids est inférieur à 2.500 grammes.

Dans les familles, il n'y a pas lieu de se presser autant ;

on attend généralement que les bébés soient convenablement installés dans le monde, qu'ils se trouvent bien du mode d'allaitement adopté, qu'ils soient en bonne voie d'accroissement. On en vaccine beaucoup à six semaines, deux mois, trois mois, suivant les préférences des médecins. L'évolution des dents n'est pas encore commencée, la peau est presque toujours saine. Tout au plus trouve-t-on quelquefois une cause passagère d'ajournement dans un érythème fessier un peu vif, surtout si l'on a pris le parti de faire les inoculations aux jambes.

C'est un peu plus tard que se présente de temps en temps une contre-indication formelle sur laquelle il est bon d'insister; l'eczéma gourmeux. Qu'il siège à la tête ou sur toute autre partie du corps, qu'il soit plus ou moins généralisé, qu'il ait une surface humide ou sèche, il doit toujours fixer l'attention du médecin. Pour mon compte, j'ajourne toujours la vaccination d'un enfant porteur d'eczéma humide, quel que soit le siège du mal, ou d'un enfant atteint d'eczéma sec à la face et sur le cuir chevelu; j'hésite à vacciner celui qui a de l'eczéma sec sur le corps seulement. La raison capitale, c'est que les enfants courraient le risque d'avoir des pustules vaccinales supplémentaires sur les taches eczémateuses. Et le risque n'est certes pas imaginaire, car nous avons observé, mon collègue, M. Chambon et moi, comme d'autres ont pu le faire, des éruptions vaccinales d'une extrême abondance; nous avons souvenir d'un enfant gourmeux présentant sur la tête des centaines de pustules confluentes, avec une tuméfaction inquiétante.

Une autre raison, moins grave celle-là, mais visant précisément les cas les plus bénins, c'est que la vaccine est quelquefois l'occasion d'une poussée eczémateuse soit au voisinage des inoculations soit en d'autres points du corps.

L'ajournement pour cause d'eczéma est donc bien motivé. Cependant, je me hâte de dire qu'il n'est pas toujours possible et qu'il met parfois les médecins et les familles dans un réel embarras. Tout le temps, en effet, qu'est retardée la vaccination, l'enfant reste exposé à la variole, plus que d'autres peut-être; et s'il la prenait, il l'aurait, en raison même de l'état de sa peau, avec le maximum de gravité. Quelle lourde responsabilité pour celui qui a conseillé d'attendre!

En temps d'épidémie de variole, nous nous déciderons évidemment à vacciner des enfants gourmeux, mais nous aurons la prudence de signaler le risque d'éruptions supplémentaires et nous prendrons toutes les précautions pour les éviter.

A cet égard, il y a lieu de se demander comment se produisent ces éruptions. Les surfaces avivées par la lésion eczémateuse favoriseraient-elles la production de vaccine généralisée, par infection? Cela défierait toute précaution; mais je ne crois pas que les choses se passent ainsi. Il me paraît certain, au contraire, que ces surfaces, dépourvues d'épiderme, éminemment propres à l'inoculation, reçoivent du vaccin qui s'y développe. Ce vaccin peut être celui même qui a servi à la vaccination, qui a été déposé en excès et qui se trouve transporté à l'état liquide ou à l'état sec soit par contact direct si, par exemple, la tête tombe de côté et touche le bras, soit par contact indirect par l'intermédiaire des vêtements ou de mains étrangères. Le vaccin coupable d'auto-inoculations supplémentaires peut être encore celui qui se développe après la vaccination : il est actif dès le troisième jour et il trouve l'organisme réceptif jusqu'aux sixième et septième jours.

Cette explication, outre qu'elle me paraît être la vraie, a l'avantage d'être encourageante. Nous pourrons, en effet, si les circonstances nous décident à vacciner un enfant porteur d'eczéma, prendre tous les soins nécessaires pour éviter les auto-inoculations : nous ferons *une seule piqûre* sur un point de peau saine, après avoir déposé une *très fine gouttelette* de vaccin; un instant après nous laverons la peau à l'eau boriquée et nous l'essuierons avec du coton hydrophile; puis nous appliquerons une couche de collodion riciné élastique que nous renouvellerons au besoin les jours suivants. Dans ces conditions, les mauvaises chances sont réduites au maximum.

M. LE PRÉSIDENT. Je remercie vivement, au nom de la Société, M. Saint-Yves-Ménard de sa très intéressante communication et je lui demanderai de bien vouloir m'éclairer sur certains points :

1° Les conséquences de ces éruptions étendues du cuir chevelu sont-elles à redouter?

2° On a signalé des essais de guérison d'affections cutanées à l'aide de la vaccination; M. Saint-Yves-Ménard montre, au contraire, des poussées eczémateuses survenant après la vaccine. Les faits qu'il nous apporte ne semblent-ils pas infirmer les théories anciennes?

M. SAINT-YVES-MÉNARD. Je suis très flatté de voir notre Président s'intéresser à ma communication et je suis heureux de pouvoir lui répondre :

L'éruption vaccinale supplémentaire n'est pas une complication bien grave, même quand elle est très abondante. Je ne sache pas qu'elle ait jamais été fatale, mais elle laisse des cicatrices étendues sur lesquelles ne poussent ni cheveux ni barbe. L'observation montre souvent que la vaccine, réduite a elle-même, ne donne qu'une faible réaction générale, seulement elle peut être compliquée d'infection staphylococcique et streptococcique plus ou moins grave. En tout cas, les éruptions supplémentaires causent toujours une grande inquiétude et une vive déception dans une famille qui s'attendait à une simple vaccine inoffensive.

Parmi les maladies de peau, il n'y a guère que les tumeurs érectiles qui soient guéries par la vaccine.

J'ai l'occasion d'en traiter un certain nombre chaque année, mais je ne vaccinerais pas un *nævus* sur un enfant porteur d'eczéma.

M. LE PRÉSIDENT. — Je remercie de nouveau M. Saint-Yves-Ménard de sa communication.

La séance est levée à six heures.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'Association générale et la nouvelle loi sur les Sociétés de secours mutuels.

Le Conseil général de l'Association vient d'adresser à tous ses membres la circulaire suivante :

Monsieur et cher collègue,

Vous n'ignorez pas que la loi du 1er avril 1898 nous oblige à modifier nos statuts et à les soumettre à une nouvelle approbation. Le délai qui nous est imposé par l'article 37 de la loi nouvelle expire le 1er avril 1900. Il importe donc qu'avant cette date une assemblée générale ait voté tous

les articles de nos statuts définitifs. Cette assemblée sera convoquée, dans les premiers mois de l'année 1900, pour statuer définitivement. Mais il est indispensable que l'Assemblée du 10 avril prochain soit en mesure de procéder en connaissance de cause à une première délibération. Il est donc nécessaire que vous puissiez, avant notre prochaine réunion, étudier les propositions que nous aurons à vous présenter et donner à vos délégués des instructions précises en vue du vote au moins provisoire qu'ils auront à émettre.

Nous croyons donc devoir, dès aujourd'hui, vous exposer qu'elles ont été les délibérations de votre Conseil général et quelles sont les résolutions auxquelles il a cru devoir s'arrêter, après avoir, durant de nombreuses séances, sérieusement envisagé toutes les conséquences qui peuvent résulter pour nous de l'application de la loi nouvelle.

Celle-ci étend nos attributions. Elle rend légales les unions de Sociétés de secours mutuels et par conséquent consacre la fédération des Sociétés locales dont l'ensemble constitue l'Association générale des Médecins de France.

Elle nous permet d'ester en justice, d'acquérir et de posséder des immeubles. Elle nous autorise à créer toutes les Caisses de prévoyance qu'il nous était impossible jusqu'à ce jour de fonder et d'administrer légalement.

Par contre, la loi du 1er avril 1898 ne concède les bénéfices dont nous avons libéralement joui jusqu'à ce jour qu'aux seules Sociétés de Secours mutuels qui accordent à tous leurs membres ou à quelques-uns seulement d'entre eux des indemnités inférieures ou égales à 5 francs par jour, des allocations annuelles ou des pensions inférieures ou égales à 360 francs et des capitaux en cas de vie ou de décès ne dépassant pas 3.000 francs.

Il y a plus. Les membres de notre fédération qui s'affilieraient à plusieurs Sociétés en vue de se constituer une pension supérieure à 360 francs ou des capitaux en cas de vie ou de décès supérieurs à 3.000 francs, seraient immédiatement exclus des Sociétés de secours mutuels dont ils font partie, sous peine pour la Société de perdre les avantages concédés par la loi.

L'article 28, que nous venons d'invoquer, nous met donc dans une situation dont il nous est difficile de sortir sans modifier complètement le régime sous lequel nous avons vécu jusqu'à ce jour.

Nous n'avons pas à vous rappeler, en effet, que notre caisse des Pensions viagères d'assistance a été fondée en vue de créer, pour les médecins que l'âge, les infirmités ou des malheurs immérités ont réduits à un état de détresse, des pensions dont le chiffre atteint aujourd'hui 800 francs et qu'il nous est impossible, sans réduire ce chiffre, de continuer à placer nos fonds au taux de 4 fr. 50 p. 100 à la Caisse des Dépôts et Consignations.

D'autre part, cette caisse a été alimentée non seulement pas nos versements statutaires, mais encore par des dons et legs avec affectation spéciale. Ces legs, dont le montant atteint aujourd'hui près d'un million de francs, visent l'assistance et non les retraites garanties, telles que les comprend la loi nouvelle.

Enfin, un grand nombre de nos associés font partie de Sociétés que la loi assimile aux Sociétés de secours mutuels (Caisse des retraites du Corps médical français, Association amicale des médecins français, Association des médecins de la Seine, etc.), et ne pourraient, sans qu'il y ait violation formelle de l'article 28 de la loi du 1er avril 1898, continuer à faire partie de ces diverses associations pour majorer et porter au-dessus du chiffre de 360 francs par an, le taux de leur pension viagère.

Après avoir étudié, d'accord avec les membres de son comité consultatif, les diverses modifications qu'il importe d'apporter à nos statuts pour les rendre acceptables et les faire approuver à nouveau, le Conseil général vous soumet donc les propositions suivantes :

1° Ou bien la Caisse des pensions viagères d'assistance sera modifiée dans son fonctionnement. Une partie des revenus de cette Caisse, celle qui correspond aux intérêts des diverses sommes léguées en vue de secourir des infortunes imméritées, servira à accorder aux médecins qui en auront besoin des allocations annuelles ou des pensions dont le taux ne dépassera pas 360 francs.

Une autre partie pourra servir à constituer des pensions de retraite de droit dont le taux, fixé chaque année et variable suivant le nombre des demandes, ne devra pas non plus dépaser 360 francs.

Nous constituerions ainsi une société de secours mutuels avec pension de droit, à taux inférieur à 360 francs, et avec indemnité de maladie de 5 francs par jour moyennant une cotisation spéciale dont le taux devrait être fixé.

2° Ou bien, au taux de 360 francs qui ne peut être dépassé comme chiffre de pension annuelle, on ajouterait, pour le pensionné, un capital de 3.000 francs. Les revenus de ce capital qui serait placé à fonds perdus à une Caisse de retraites ou à une Compagnie d'assurance, serviraient à augmenter dans une proportion variable suivant l'âge le taux de la pension.

On nous affirme que le cumul de la pension de 360 francs et d'un capital de 3.000 francs, n'est pas contraire sinon à l'esprit, du moins au texte de la loi du 1er avril 1898.

Ces deux premières combinaisons auraient l'avantage de nous conserver les bonifications d'intérêt dont nous avons joui jusqu'à ce jour. Elles nous permettraient de créer une Caisse d'indemnité-maladie avec cotisations spéciales, mais au taux de 5 francs par jour seulement.

Elles nous interdiraient la création d'une Caisse de retraites de droit avec arrérages supérieurs à 360 francs par an.

Elles obligeraient nos sociétaires à renoncer aux bénéfices éventuels qu'ils peuvent retirer de leur affiliation aux sociétés diverses dont un grand nombre d'entre eux font déjà partie.

3° Ou bien, enfin, l'Association général renoncerait à bénéficier des avantages matériels (bonification d'intérets, subvention de l'Etat, etc.), concédés par la loi aux sociétés visées par l'article 28. Elle perdrait de ce chef environ 40.000 francs par an.

Par contre, elle serait absolument libre de continuer à assurer le service des pensions viagères d'assistance aux taux actuels, de créer ou de soutenir par son appui moral et au besoin matériel des Caisses de prévoyance ayant pour but l'assurance en cas de maladie ou la retraite à un âge déterminé, de permettre à tous les membres de continuer à faire partie de l'Association générale en même temps que des sociétés de prévoyance déjà fondées et déjà prospères.

En adoptant cette solution, vous nous permettrez de réaliser le vœu de nos devanciers, de respecter les décisions de nos bienfaiteurs et de satisfaire aux désirs souvent exprimés par le corps médical.

Cette dernière combinaison adoptée, en effet, l'Association générale des médecins de France continuerait :

1° De maintenir, par son influence moralisatrice, l'exercice de l'art dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité de la profession.

2° De donner aide et protection à ses membres, en défendant devant toutes les juridictions leurs intérêts trop souvent menacés ;

3° De secourir les sociétaires que l'âge, la maladie ou les infirmités mettent dans l'impossibilité d'exercer leur profession, ainsi que les veuves, enfants et ascendants des sociétaires décédés sans ressources.

4° Enfin de contribuer à la création ou au développement de sociétés de prévoyance, telles que les Caisses d'indemnité contre la maladie et de pensions de retraite garanties, celles-ci pouvant être indépendantes, au point de vue de eur administration, de l'Association elle-même, mais exclusivement recrutées parmi ses membres,

Il ne vous échappera pas que le sacrifice que nous devrons faire en renonçant aux avantages dont nous avons joui jusqu'à ce jour exigera des ressources nouvelles.

Nul d'entre vous n'ignore d'ailleurs que ce n'est pas avec une cotisation de 12 francs par an que l'on peut créer des caisses de prévoyance où le droit à la pension et à l'indemnité est en rapport direct avec la cotisation versée.

Nous vous proposerons dès lors que la cotisation annuelle exigible de tous les membres de l'Association serve désormais à assurer le fonctionnement de la Caisse des pensions viagères, de la Caisse des veuves et orphelins et de la Caisse de défense professionnelle, et qu'elle permette d'organiser, comme par le passé, les bureaux et les publications de l'Association générale.

Des cotisations spéciales seraient au contraire demandées à tous ceux de nos sociétaires qui voudraient participer aux Caisses de prévoyance qui seraient créées ou subventionnées par l'Association générale et une partie de ces cotisations serviraient à alimenter, conformément aux dispositions de l'article 8, § D de la loi nouvelle la Caisse centrale de l'Union des Sociétés fédérées.

L'article 23 de la loi nouvelle nous oblige, en effet, à produire la situation de tous nos engagements et des ressources correspondantes en vue d'assurer le service de nos pensions et l'article 16 déclare que l'approbation sera refusée à toutes les Sociétés qui ne prévoient pas des ressources proportionnées aux dépenses pour la constitution des retraites ou des assurances. Il nous faudra donc des cotisations spéciales pour assurer les œuvres de prévoyance nouvelles.

Nous vous prions, dès lors, de bien vouloir convoquer au plus tôt les membres de votre Société locale, de leur donner connaissance de cette circulaire, de les prier de bien vouloir répondre aux questions ci-dessous posées et qui résument celles qui seront discutées à l'Assemblée des délégués ayant pleins pouvoirs en vue de défendre vos idées personnelles et de faire adopter les bases du projet de statuts que devra voter l'Assemblée de février 1900.

Nous croyons devoir, en terminant, vous faire remarquer qui si nous ne vous adressons point un projet de statuts définitifs et si nous ne vous demandons, avant l'assemblée du 9 avril 1899, qu'un vote de principe, c'est parce qu'il nous a fallu non seulement prendre l'avis de nos conseillers judiciaires et administratifs, mais encore consulter les autorités administratives qui, au ministère de l'Intérieur ou au ministère des Finances, auront la mission de faire appliquer la loi et d'en assurer les dispositions souvent restrictives.

Ces consultations et les délibérations nombreuses que nécessitait une étude approfondie d'une loi aussi compliquée n'ont pu nous permettre, jusqu'à ce jour, d'aboutir à un projet définitif. Il importait d'ailleurs d'obtenir l'avis motivé de toutes nos sociétés locales.

Veuillez agréer, Monsieur et cher collègue, l'assurance de nos meilleurs sentiments.

Le Sécrétaire général. — L LEREBOULLET.

Le Président, — Professeur LANNELONGUE.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

La responsabilité des chirurgiens

Nous appelons l'attention de nos confrères sur le jugement suivant, rendu par le tribunal civil de Lyon et qui établit nettement dans quelle mesure la responsabilité des chirurgiens peut être engagée :

« Attendu que le demandeur articule : qu'à la date du 18 mars 1897, sa femme, la dame S..., vint à Lyon pour se soumettre à l'examen du Dr X...

« Qu'après un examen rapide, celui-ci lui conseilla de se rendre à la maison de santé des sœurs de Sainte-Marthe, où il pourrait l'examiner d'une façon plus approfondie ;

« Que la dame S..., ne pouvant rester à Lyon à ce moment, retourna à Saint-Etienne, d'où elle revint le 25 mars pour se rendre, conformément à l'avis du médecin, à la maison de santé ;

« Attendu que le lendemain, ce dernier, assisté d'un de ses confrères, procéda à son examen et décida qu'il y avait lieu de faire une opération ; que cette opération fut pratiquée sur-le-champ ; que le mari n'en fut avisé que le lendemain et que, trois jours après, la malade succombait aux suites de cette intervention chirurgicale ;

« Attendu que le demandeur conclut à ce que le Dr X... soit condamné à lui payer une somme de 10.000 francs pour le préjudice que lui a fait éprouver la mort de sa femme et, subsidiairement, demande à être autorisé à prouver certains faits qui, d'après lui, établiraient certainement la responsabilité de l'homme de l'art, pour le cas où le tribunal ne la jugerait point en l'état suffisamment établie ;

« Attendu qu'en présence des affirmations contradictoires des parties, le demandeur n'a point, quant à présent, en effet, justifié sa demande ; qu'il y a donc lieu d'examiner si les faits sont pertinents et admissibles et si la preuve en doit être ordonnée ;

« Sur le premier fait cité :

« Attendu qu'il est constant et reconnu par toutes les parties que c'est à la date du 18 mars 1897 que la dame S... s'est présentée au cabinet du Dr X.... pour se soumettre à un examen ;

« Attendu que le Dr X... affirme que ce jour-là il a procédé à un véritable et complet examen de la malade et qu'il l'a invitée ensuite à se rendre à l'hôpital de la Charité ou chez les sœurs de Sainte-Marthe, si elle se décidait à subir l'opération qu'il jugeait nécessaire à l'amélioration de son état ;

« Attendu que cette double affirmation du médecin paraît d'ores et déjà hors de doute pour le tribunal.

« Qu'en effet, étant donnée la nature de la maladie cons-

tatée (dégénérescence de la muqueuse du col et du corps de la matrice), l'examen ne pouvait être ni long, ni compliqué ;

« Que, d'autre part, le Dr X..., médecin spécialiste des plus distingués et des plus occupés, a certainement dans son cabinet et en sa possession les instruments d'examen et de vérification qui lui sont journellement nécessaires;

« Qu'il n'était donc nul besoin, pour cet examen, que la malade fut internée à l'hôpital ou chez les sœurs de Sainte-Marthe, mais que cet internement était indispensable, au contraire, pour pratiquer sur elle l'opération conseillée ;

« Qu'enfin, les faits qui ont suivi le voyage à Saint-Etienne de la dame S..., son retour à Lyon, son entrée à la maison de santé de Sainte-Marthe, sans avoir revu le médecin, l'avis donné à celui-ci par la supérieure de la maison, ont établi à l'évidence que les choses se sont passées comme l'affirme le Dr X... et qu'elles n'ont pas pu se passer autrement ;

« Attendu, d'ailleurs, que la preuve des dénégations supposées sur ce point aux affirmations du médecin est impossible à administrer, puisque ce dernier, le 18 mars, était seul dans son cabinet avec la malade, et qu'on n'offre pas de faire entendre un seul témoin ayant assisté à la consultation ;

« Qu'il faut donc tenir pour prouver que ce jour-là, 18 mars, après un examen complet de sa malade, le médecin la prévint que si elle consentait à subir l'opération ou plutôt l'intervention chirurgicale, jugée indispensable pour améliorer son état, elle devait se rendre à la Charité ou chez les sœurs de Sainte-Marthe ;

« Sur le deuxième fait cité :

« Attendu qu'il est également constant et reconnu par toutes les parties que le 25 du même mois de mars, la dame S... se rendit, conformément à l'avis du médecin, à la maison de santé des dames de Sainte-Marthe ;

« Sur les troisième et quatrième faits cités :

« Attendu que les considérations, ci-dessus développées, établissent manifestement que la dame S... n'étant entrée dans l'établissement des sœurs de Sainte-Marthe que pour s'y soumettre à l'intervention chirurgicale qui lui était conseillée, le Dr X... n'avait pas à prendre à nouveau son assentiment ;

« Qu'il n'avait pas davantage à l'avertir des dangers éventuels que pouvait présenter une opération, jugée par lui et par tous les hommes de l'art, innocente et sans péril ;

« Que, dans ces conditions, tout avertissement dans ce sens, loin d'être une précaution, n'aurait été qu'une véritable imprudence susceptible, en inquiétant la malade sans la faire renoncer à l'intervention acceptée, de nuire au résultat final de l'opération entreprise ;

« Attendu, il est vrai, que la dame S... paraît avoir succombé à des accidents septiques de métrite compliqués de congestion pulmonaire qui se sont produits à la suite de l'intervention pratiquée sur sa personne ;

« Mais, attendu qu'il serait excessif de rendre responsable l'homme de l'art qui pratique sur un malade, de son consentement, une opération universellement jugée sans dangers, des complications imprévues, extraordinaires, parfois même invraisemblables qui peuvent se produire dans toute intervention chirurgicale, même la plus inoffensive ;

« Que de pareilles responsabilités, si elles étaient encourues, auraient pour résultat de rendre, dans bien des cas, l'exercice de la médecine impossible ;

« Qu'appliquées dans l'espèce actuelle, elles seraient d'autant plus injustes que la science et la compétence indiscutée du Dr X..., sa prudence et son expérience consommée, sa haute honorabilité enfin le mettent à l'abri de tout soupçon d'imprudence, de négligence ou d'imprévoyance professionnelle ;

« Qu'il ne faut donc voir, dans l'accident du 27 mars 1897 que ce qui est en réalité, un malheur profondément regrettable, échappant à toutes les prévisions de la science et déjouant, comme il arrive souvent, toutes les précautions de la sagesse humaine ;

« Rejette, comme irrecevable et mal fondée, la demande du sieur S... et l'en déboute ;

« Statuant sur la demande reconventionnelle, la reçoit comme régulière en la forme et juste au fond ;

« Condamne, en conséquence, le sieur S... à lui payer la somme de 200 francs, montant des honoraires réclamés, condamne, en outre, le demandeur aux dépens. »

(*Journal de Médecine de Paris.*)

VARIÉTÉS

Le banquet Verchère

Mardi soir avait lieu, chez Marguery, le banquet offert à notre collaborateur Verchère, à l'occasion de sa nomination dans la Légion d'honneur, par ses collègues, ses élèves et ses amis; quatre-vingts personnes se sont trouvées rassemblées ce soir-là et cette réunion fut, comme elle devait l'être, pleine de cordialité.

Divers toasts ont été portés par M. Leblond, médecin de Saint-Lazare, président du banquet, par M. Ozenne, au nom des amis particuliers de Verchère, par M. Dignat et par M. Boursier, au nom de sociétés médicales, par M. Chevallereau au nom de la *France médicale*, par M. Chastanet, au nom des anciens élèves, par M. Rellay, au nom des élèves actuels; enfin Philbert, qui ne laisse passer inaperçue aucune des gloires de son village, a félicité son compatriote Verchère au nom des Parisiens de Paris, dont il est président cette année, s'il vous plaît.

Verchère a répondu à tous ces discours avec son humour habituel et tout le monde a été content. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire de ces toasts que celui porté au nom de ce journal et que voici :

« Mon cher Verchère,

« Il y a si longtemps que j'ai le plaisir et l'honneur d'être votre rédacteur en chef, qu'il me sera bien permis de vous féliciter ce soir au nom de cette presse à laquelle vous avez donné le meilleur de votre esprit. Vous n'êtes pas de ces journalistes frivoles qui ne savent que donner à leurs phrases un tour spirituel et amusant. Vos articles ont montré que chez vous le fond l'emportait encore sur la forme, que votre science était solide autant que variée et que votre esprit critique, si développé, avait son origine dans la connaissance réelle des sujets que vous discutiez. Ils ont également montré, ces articles, que vous étiez, comme tout le monde le sait ici, un excellent camarade et que vous gardiez toujours vos fleurs les plus belles et les plus parfumées pour vos amis.

« Aussi je vais faire un vœu très égoïste, mais qui cependant, je l'espère, sera ratifié par beaucoup de ceux qui vous entourent ce soir. Je souhaite que la clientèle vous

arrive de plus en plus nombreuse et de plus en plus productive, mais que cependant elle ne vous accapare jamais au point de vous obliger à abandonner complètement la plume pour le bistouri. Je souhaite qu'il reste toujours, dans vos occupations et dans votre cœur, une place pour cette presse scientifique à laquelle vous manqueriez. Votre sève est suffisamment abondante et riche pour que tout puisse ne pas se porter dans les mêmes branches. Journaliste, je porte un toast à Verchère journaliste, avec l'espoir qu'il n'oubliera jamais la *France médicale* où, parmi ses collaborateurs comme parmi ses lecteurs, il compte tant et de si vieux amis ».

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Le jury du concours pour trois places de médecin est provisoirement composé de MM. Joffroy, Cruveilhier, Barth, Moutard-Martin, Ménétrier, Merklen et Landrieux.

Faculté de médecine de Lyon. — Par suite de fondations de l'Université de Lyon, sont chargés de cours complémentaires de propédeutique : 1° médicale : M. Roque, agrégé libre ; — 2° chirurgicale : M. Gangolphe, agrégé libre.

— M. Siraud agrégé, est chargé d'un cours complémentaire d'anatomie topographique.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Frœlich, agrégé, est chargé d'un cours de pathologie externe.

Ecole de médecine d'Alger. — M. le Dr Brin est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Ecole de médecine de Tours. — M. Barnsby, professeur d'histoire naturelle, est nommé directeur pour trois ans, à dater du 28 février 1899.

Distinctions honorifiques. — *Médailles de vermeil* : M. le docteur Alirol, adjoint au maire du Puy (choléra 1892, fièvre typhoïde 1897) ; — M. Jais, interne en médecine à l'ambulance d'El-Kettar (Algérie) (typhus de 1898).

Médailles d'argent : MM. les docteurs Bouquet (épidémie de dysenterie, à Roisy-en-Brie) ; — Hamel, médecin sanitaire maritime (épidémie à bord d'un paquebot) ; — M. Labeyrie, interne des hôpitaux de Nantes (épidémie à la colonie pénitentiaire de Belle-Isle).

Médaille de bronze : M. Chauveau, externe à l'hôpital Trousseau (dévouement exceptionnel auprès de malades atteints d'affections contagieuses.

Médecins de la préfecture de la Seine. — Le préfet de la Seine arrête : les services médicaux du personnel de l'Administration centrale et des directions ci-après de la Préfecture (Affaires municipales, — Enseignement, — Architecture, Promenades et plantations, — Voie publique, Eaux et égouts), ainsi que le service médical de l'administration de l'Octroi, sont réunis en un seul service comportant : 1° Un médecin en chef ; 2° Onze médecins affectés aux circonscriptions de Paris ci-après :

1re circonscription : 1er, 2e, 3e et 4e arrondissements, 2e circonscription : 5e et 6e arrondissements ; 3e circonscription : 7e, 8e et 9e arrondissements ; 4e circonscription : 10e et 20e arrondissements ; 5e circonscription : 11e et 12e arrondissements ; 6e circonscription : 13e et 14e arrondissements ; 7e circonscription : 15e arrondissement ; 8e circonscription : 16e arrondissement ; 9e circonscription : 17e arrondissement ; 10e circonscription : 18e arrondissement ; 11e circonscription : 19e arrondissement.

Ces médecins prendront le titre de médecins de la Préfecture de la Seine.

Ils seront suppléés, ainsi que le médecin en chef, en cas d'absence ou de maladie, par des médecins-adjoints qui seront recrutés au concours et qui auront le titre de médecins-adjoints de la Préfecture de la Seine.

Les médecins-adjoints seront titularisés d'après leur ordre d'admission au fur et à mesure des vacances qui se produiront. Quand ils seront appelés à remplacer temporairement les médecins titulaires de circonscription, ils recevront, sur la somme qui doit être répartie en fin d'année conformément aux termes de l'art. 8, la somme afférente aux visites ou consultations qu'ils auront faites ou données.

Les médecins de circonscription seront tenus d'être domiciliés ou d'avoir au moins un cabinet de consultations dans un point central de leur circonscription.

Leur service sera de constatation et de contrôle seulement : à leur cabinet ou au domicile des malades, selon que ceux-ci pourront ou non se déplacer.

Mais en ce qui concerne les agents de l'Octroi ainsi que les ouvriers du service de l'inspection des machines, ils devront, comme par le passé, donner leurs soins pendant tout le temps nécessaire à ceux de ces agents qui les réclameraient.

Le médecin en chef est chargé de la surveillance générale du service et notamment :

1. D'examiner les employés et agents pour lesquels l'Administration réclamerait une contre-visite à la suite de celle du médecin ordinaire ;

2. De délivrer les avis de congé dans les cas dépassant les limites des indispositions ordinaires ;

3. D'examiner au point de vue des aptitudes physiques, les candidats sollicitant un emploi dans l'un des services de la Préfecture ;

4. D'établir les certificats exigés pour l'admission dans les établissements dépendant de la Préfecture ;

5. Ceux nécessaires en cas d'invalidité, de mise à la réforme ou à la retraite et, en général, dans tous les cas où des certificats délivrés par un médecin assermenté sont exigés.

Il aura en outre, la direction des secours à l'Hôtel de Ville et dans les bâtiments annexes.

Il sera alloué :

1. Au médecin en chef, une indemnité fixe de 6.000 fr. par an ;

2. Aux médecins de circonscription, une indemnité fixe 1,200 francs par an et une indemnité proportionnelle au nombre de leurs visites ou de leurs consultations dans la limite du crédit alloué à cet effet par le Conseil municipal.

Les agents employés dans Paris, mais domiciliés extra-muros, devront en cas de maladie se faire examiner par le médecin de la circonscription de Paris la plus proche de leur domicile suivant le tableau ci-après, pour les communes du département :

4e circonscription : Les Lilas, Bagnolet, Montreuil, Romainville, Noisy-le-Sec, Bondy, Rosny et Villemonble.

5e circonscription : Saint-Mandé, Vincennes, Fontenay-sous-Bois, Charenton, Saint-Maurice, Alfortville, Maisons-

Alfort, Joinville, Saint-Maur, Créteil, Bonneuil, Nogent, Le Perreux, Bry et Champigny.

6e circonscription : Ivry, Vitry, Choisy, Thiais, Orly, Gentilly, Le Kremlin-Bicêtre, Arcueil, Villejuif, L'Hay, Chevilly, Rungis, Fresne-les-Rungis, Montrouge, Bagneux, Fontenay-aux-Roses, Le Plessis-Piquet, Bourg-la-Reine, Sceaux, Châtenay et Antony.

7e circonscription : Issy, Vanves, Malakoff, Châtillon et Clamart.

8e circonscription : Boulogne, Neuilly, Puteaux, Suresnes et Nanterre.

9e circonscription : Levallois-Perret, Clichy, Courbevoie, Colombes, Bois-Colombes, Asnières et Gennevilliers.

10e circonscription : Saint-Ouen, l'île Saint-Denis, Epinay, Saint-Denis, Villetaneuse, Pierrefitte et Stains.

11e circonscription : Aubervilliers, la Courneuve, Dugny, Pantin, Le Pré-Saint-Gervais, Bobigny, Le Bourget et Drancy.

Dans le cas où ils ne pourront se déplacer, ils seront visités par le médecin de la circonscription dont ils dépendent dans les conditions où ils le sont actuellement.

Il en sera de même pour le personnel de la direction des Affaires municipales employé dans les cimetières hors Paris (Bagneux, Ivry, Pantin, etc.), et le personnel des gardes du bois de Boulogne.

Quant aux agents employés hors Paris, et dont le service médical est actuellement organisé, il n'est rien innové quant à présent en ce qui les concerne.

Le présent arrêté aura son effet à partir du 1er avril 1899.

Le Préfet de la Seine, arrête : Les emplois actuellement occupés par MM. les docteurs Delaporte, médecin de la Préfecture de la Seine et médecin en chef de l'Octroi de Paris ; Bloch, médecin-adjoint de la Préfecture de la Seine ; Wuillomenet, médecin-adjoint de la Préfecture de la Seine et médecin du personnel du service des Cimetières et du Personnel du service des Perceptions municipales de l'Approvisionnement ; Vauthier, médecin du personnel ouvrier du service de l'inspection des machines ; Delage, médecin du personnel du service des Pompes funèbres ; Depasse, médecin du personnel des Travaux ; Baldet et Audibert, médecins-adjoints du personnel des Travaux ; Brochin, Adler et Raymond, médecins du personnel de l'Enseignement ; D'Echérac, Laugier, Pascalis, De Cours, Dandieu, Moussaud, Millet et Cornet, médecins du personnel de l'Octroi, sont supprimés.

M. le docteur Delaporte est nommé médecin en chef de la préfecture de la Seine.

MM. les docteurs d'Echérac, Laugier, Pascalis, de Cours, Dandieu, Moussaud, Millet, Cornet, sont nommés médecins de la Préfecture de la Seine et répartis conformément au tableau ci-après : 1re circonscription (1er, 2e, 3e et 3e arrondissements) : M. le docteur d'Echérac ; 4e circonscription (10e et 20e arrondissements) : M. le docteur Pascalis ; 5e circonscription (11e et 12e arrondissements) : M. le docteur Dandieu ; 6e circonscription (13e et 14e arrondissements) : M. le docteur Cornet ; 8e circonscription (16e arrondissement) : M. le docteur Moussaud ; 9e circonscription (17e arrondissement) : M. le docteur Laugier ; 10e circonscription (18e arrondissement) : M. le docteur de Cours ; 11e circonscription (19e arrondissement) : M. le docteur Millet.

MM. les docteurs Bloch, Brochin, Vauthier, Wuillomenet, Delage, Depasse, Adler, Raymond, Baldet et Audibert sont classés pour l'attribution des autres circonscriptions vacantes ou de celles qui le deviendront ultérieurement, d'après leur ancienneté de service, suivant le tableau ci-après :

	Date de nomination.
MM. les Drs Bloch.....	30 décembre 1881.
Brochin.....	1er janvier 1883.
Vauthier.....	3 octobre 1885
Wuillomenet..	11 juin 1886.
Delage.....	14 août 1886.
Depasse.....	1er décembre 1886.
Adler.....	4 mai 1896.
Raymond	4 mai 1896.
Baldet.....	15 février 1897.
Audibert.....	15 octobre 1897.

En conséquence, sont faites les attributions suivantes: 3e circonscription (7e, 8e et 9e arrondissements) : M, le docteur Bloch ; 2e circonscription (5e et 6e arrondissements) : M. le docteur Brochin ; 7e circonscription (15e arrondissement) : M. le docteur Vauthier.

Conformément aux dispositions de l'arrêté réglementaire, l'indemnité allouée à M. le docteur Delaporte, médecin en chef, est fixée à 6.000 francs par an, et celles de MM. les docteurs d'Echérac, Millet, Dandieu, Cornet, Moussaud, Laugier, De Cours, Pascalis, Bloch, Brochin et Vauthier, à 1.200 fr. par an.

Il sera en outre alloué à chacun des médecins de circonscription une indemnité proportionnelle au nombre de leurs visites et de leurs consultations de chaque année, dans la limite du crédit alloué à cet effet par le conseil municipal

Hôpitaux de Paris. — *Médecins des bureaux de bienfaisance.* Un concours aux places de médecins des bureaux de bienfaisance (service du traitement à domicile et service des consultations) s'ouvrira le mardi 11 avril 1899.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3 (service des secours à domicile), de onze heures à quatre heures.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 11 mars 1899, quatre heures, inclusivement.

Les candidats doivent réunir les conditions suivantes :

1° Etre de nationalité française et pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par une des facultés de l'État ;

2° S'ils postulent pour le service du traitement à domicile, s'engager à résider dans l'arrondissement où ils seront appelés à exercer leurs fonctions, ou dans un quartier limitrophe.

Il sera délivré récepissé de la déclaration de candidature et du dépôt des diverses pièces.

Un exemplaire du règlement du concours sera remis aux candidats lors de leur inscription.

Corps de santé militaire. — Le prix de chirurgie d'armée ne sera pas décerné pour 1898. Le sujet mis au concours pour 1900 est le suivant : « De l'hémostase en campagne, ses moyens, son emploi. » Les mémoires devront parvenir au ministère de la Guerre (7e direction) avant le 31 décembre 1899.

Par décision ministérielle, en date du 4 février 1899, M. le médecin-inspecteur Gentit, nouvellement promu, est maintenu dans ses fonctions de directeur du service de santé du 1er corps d'armée, à Lille.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 29 janvier 1899, ont été promus dans le cadre des médecins de la réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. Lande, Testut, Baudrimont et Chalot.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. Berthelon, Chauffard, Pollosson, Carrieu, Tédenat, Jalaguier, Parisot, Vautrin, Saint-Ange, Dejerine, Babinski, Truc, Netter, Siredey, Wertheimer, Sarda, Letulle, Marie, Mossé, Baumel, Le Gendre, Broca et Queyrat.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. Baratier, Demmler, Augis, Bert, Wœhling, Devaux, Poizat, Pissot, Stecewiez, Durruty, Duron, Belin, Delahaye et Dumont.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. Croin, Ricevy, Pujade, Schwing, Lesdos, Tripet, Codet, Brisson, de Sallier-Dupin, Bourdin, Pédebidou, Cahon, Bussy, Delisle, Breynaert, Crouzat, Yvon, Richardière, Laporte, Lanteirès, Blanc, Valla, Monisset, Bouchut, du Magny, Vallois, Monnier, Gélis, Ledé, Delaux, Authenac, Gœthals, Thiroux, Letort, Monnet, Saint-Agnès, Fournial, Menut, Roque, Lancry, Hanriot, Durand, Collin, Brullard, Dejars, Andreux, Roux, Chesnel, Lecointre, Couraud, Boyer, Benoit, Rocheblave, Favrel, Laffon, Fournel, Planès, Loriot, Jacquemart, Chochon-Latouche, Thoinot, Prévost, Meilhou, de Fisson, Leclerc, Jacquet, Panné, Sengensse, Rollet, Démelin et Lepage.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. Sarazin, Cardot, Dutremblay, Jaymes, Albert, Marx, Dore, Esperon, Lacaze de Jardac, Vène, Rossignol, Thierry, Hautecœur, Foix, Toulouse, Carrière, Artières, Brun, Moitessier, Mussy, Tournant, Barbier, Main, Goupil, Castex, Strauss, Sacaze, Montsarret, Rispal, Osmont, Desforges, Demirleau, Houël, Frémin, Colas, Macquart, Bouchard, Tournier, Joly, Patoir, Luys, Vaudrener, Keller, Thérèse, Junot, Boulanger, Azalbert, Houdart, Trichet, Decrequi, Yon, Céry, Widiez, Waton, Butin, Nové-Josserand, Martin, Bruchon, Glover, Menu, Renard, Carré, Camus, Encausse, Chabrié, Lassale, Magnol, Pistre, Sélignac, Laban, Colin, Henry, Besnier, Gallois, Dodero, Solary, de Grandmaison, Hobbs, Commandeur, Thévenet, Desoil, Patey, Braquehaie, Haurand, Rivière, Villard, Duvidier, Pétouraud, Nicolas, Durand, Launay, Paviot, Petit et Burdet.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. Fournier, Gaultier, Mialaret, Gaillard, d'Antin, Romec, Mathieu, Olivier, Fabre, Brebion, Canal, Martin, Dabadie, Girou, Vince, Molinié, Pourcelot, Rey, Cordes, Renard, Peyrat, Turbert, Armet, Mirapeix, Manhaviale, Bajon, Andieu, Cornet, Sieurac, Latrille, Treille, Besnard, Tourneux, Doche, Laffage, Combarieu, Couturier, Rumeau, Bastard, Janin, Cassaët, Cousin, Combemale, Puig, Haussmann, Durey-Comte, Linon, Devic, Bonnet, Imberdis, Lacoste, Thierry, Bertoye, Escoubès, Bertin-Sans, Duriez, Chanteloube, Catoir, Lapeyre, Poey-Noguez, Lavie, Martres, Boygues, Douillet, Ormières, Champsaur, Chaumier, Abelous, Andrerey, Pruvost, Monin, Rodier, Estor, Meneault, Fauvel, Martin, Daurios, Guinier, Verniolle, Moncorgé, Legry, Mouls, Benoist, Coffin, Soleville, de Micas, Chamayou, Maurin, Millet, Tellier, Compans, Dulac, Couty, Bordaries, Thierry, Albespy, Neveu, Blin, Larcher, Amiard, Albot, Jourda, Moulonguet, Proby, Couder, Bouffe, Labordère, Chabalier, Tillier, Duprey, Bourbon, Rambert, Delpont, de Massia, Audry, Martin, Delagenière, Menard, Gastel, Ducamp, Caillard, Poux, Cultru, Féolde, Bezançon, de Saint-Germain, Macaigne, Tavenard, Achalme, Delbecque, Gilis, Mollin, Poussard, Perriol, Hannion, Soupault, Lapeyre, Albarran, Dubrisay, Roques de Fursac, Sellier, Thiercelin, Delbet, Reymond, Claisse, Hulot, Bergé, Bonnet (L.), Bonnet (P.-J.-J.), Curtillet, Pollosson.

— Par décret, en date du 31 janvier 1899, sont promus dans le cadre du corps de santé militaire :

Au grade de médecin inspecteur. — M. le médecin principal Gentil, en remplacement de M. le médecin inspecteur Mathieu placé dans la section de réserve.

— Par décision ministérielle, en date du 12 janvier 1899, M. Sibut, médecin-major de deuxième classe, a été mis à la disposition de M. le ministre des colonies pour être adjoint à M. l'Administrateur Gentil, chargé d'une mission dans la région du Tchad.

— Par décision ministérielle, en date du 26 janvier 1899, M. le médecin-aide-major, de première classe Augninest est maintenu au 20e chasseurs à cheval ; — M. le médecin aide-major de deuxième classe Deyrolle est désigné pour le 151e d'infanterie.

MM. les médecins principaux de deuxième classe Malinas, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Nantes, et Klein, médecin-chef de l'hôpital militaire de Chambéry, sont autorisés à permuter.

Nécrologie. — Le Dr Nadeaud, de Papaete (Tahiti). — Le Dr Charassin (Frédéric), maire de Rozoy-en-Brie (Seine-et-Marne), reçu en 1878. — Le Dr Didelot, médecin-major de 1re classe, en retraite. — Le Dr Lelorrain, de Longwy (Meuse), reçu en 1868. — Le Dr Remoneau, de Paris, reçu en 1855. — Le Dr Petit Didier, de Toulon, reçu en 1893. — Le Dr Guiffard, de Cherbourg; reçu en 1854.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Travaux du laboratoire de psychologie de la clinique à la Salpêtrière. 2e Série : **Névroses et idées fixes**, 2e vol. — *Fragments des leçons cliniques du mardi sur les névroses, les maladies produites par les émotions, les idées obsédantes et leur traitement*, par M. le Dr F. Raymond, professeur de la clinique des maladies du système nerveux à la Salpêtrière, et le Dr Pierre Janet, directeur du Laboratoire de psychologie de la clinique à la Salpètrière ; 1 vol. gr. in-8°, avec 97 figures dans le texte, 14 fr. — Félix Alcan, éditeur, Paris.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

OBÉSITÉ : Capsules de corps thyroïde Vigier. — *Dose* : 2 à 6 par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

aris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*